

THESE

234
N°

ANNÉE 1939

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques BAROT

Né le 7 Octobre 1909, à Bourgogne (Marne)

Contribution
à l'Etude du Botryomycome
et en
particulier de sa forme géante

PRÉSIDENT : M. GOUGEROT, Professeur

J. PEYRONNET & Cie, ÉDITEURS

7, Rue de Valois, PARIS-1^{er}

1939

THESE

ANNÉE 1939

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jacques BAROT

Né le 7 Octobre 1909, à Bourgogne (Marne)

Contribution à l'Etude du Botryomycome et en particulier de sa forme géante

PRÉSIDENT : M. GOUGEROT, Professeur

J. PEYRONNET & Cie, ÉDITEURS

7, Rue de Valois, PARIS-1^{er}

1939



I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	FISSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	LEVY-SOLAL.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	Maurice VILLARET.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	TROISIER.
Clinique de cardiologie	MATHIEU.
Assistance médico-sociale	LAUBRY.
	N.....
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVLLACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
Mlle J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ALAJOUANINE	Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY-RADOT	Clinique Chirurgicale.
SÉZARY	
BASSET	
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	Clinique obstétricale.
VELTER	
ECALLE	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

LE DOCTEUR CHARLES BAROT
(*in memoriam*)

A MA MERE

A MON FRERE

LE DOCTEUR JEAN BAROT

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRERE

LE DOCTEUR MAX PONCELET

A MON ONCLE
LE DOCTEUR GEORGES DROUART

A MON COUSIN
LE DOCTEUR H. COLLIGNON

ET A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Professeur GOUGEROT

*Professeur de Clinique des maladies cutanées
et syphilitiques
de la Faculté de Paris*

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.

Respectueux hommage.

A Monsieur le Docteur SEZARY

*Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
de Paris*

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Qui m'a suggéré ce sujet de
thèse et que je ne saurais trop
remercier des conseils et du con-
cours efficace qu'il m'a prodigués.

En témoignage de ma plus
grande reconnaissance.

A MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX
DE REIMS

A MES MAITRES
DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX
DE PARIS

AVANT-PROPOS

C'est grâce à M. le Docteur Sézary, professeur agrégé de la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Saint-Louis, que nous avons pu concevoir et réaliser cette thèse; c'est grâce à son extrême obligeance, à sa grande expérience, et à ses précieux conseils, que nous avons pu mener à bien cette tâche. Nous tenons à l'en remercier encore, bien respectueusement, au début de ce modeste ouvrage.

C'est en effet dans le service du Docteur Sézary que nous avons pu observer un cas tout à fait exceptionnel de botryomycome géant, ou si l'on préfère, une forme hypertrophique de botryomycome. Le Docteur Sézary ayant bien voulu nous confier cette observation, nous avons pensé avec lui qu'il serait intéressant d'en faire le sujet d'une thèse.

Le botryomycome est une lésion relativement peu fréquente, et souvent méconnue par le médecin praticien. C'est précisément pour cela que nous avons jugé utile de faire, en quelque sorte, une revue générale de la question, pour la remettre en mémoire, et pour essayer de démontrer que le botryomycome n'est pas une lésion négligeable en dermatologie, et qu'il est intéressant de

savoir le reconnaître et le traiter, surtout lorsqu'il s'agit d'une forme qui sort du domaine courant, et dont le diagnostic est délicat. C'est cette forme hypertrophique que nous présentons dans notre observation, et qui constitue la partie originale de l'ouvrage, en même temps que son intérêt particulier.

Historique

Plutôt que d'aborder directement la partie originale de notre thèse, nous avons jugé préférable, pour mieux en mesurer la portée, de la faire précéder d'une revue générale des innombrables travaux que le botryomycome a suscités. En effet, malgré l'intérêt pratique assez minime qu'elle présente chez l'homme, il a provoqué les recherches d'un grand nombre de savants, les observations de nombreux cliniciens qui ont, avec plus ou moins de bonheur, exercé à son endroit leur sagacité et leur esprit critique. Né dans le domaine de la pathologie vétérinaire, le botryomycome n'a pas tardé à envahir celui de la médecine, si bien que successivement il a rallié autour de lui vétérinaires et médecins. Ce n'est ni la clinique, ni le traitement de la maladie qui ont retenu l'attention des observateurs ; c'est l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique, le côté scientifique de la question, en un mot, qui a préoccupé les auteurs. Multiples sont les hypothèses qui ont été émises et qui ont trouvé d'ardents défenseurs.

C'est donc en 1869 que Bollinger, à l'autopsie d'un vieux cheval, découvrit dans les poumons 5 à 7 nodules,

de la dimension d'une grosse noisette et de coloration gris-bleuâtre.

Ces nodules étaient constitués par un jeune tissu de cicatrisation, riche en cellules, avec les grappes formées par le parasite, distribuées près des morceaux de végétaux qui, suivant Bollinger, devaient avoir servi à la pénétration de ce parasite dans les poumons. Ayant ainsi caractérisé la maladie par ses amas mûriformes, Bollinger l'appela « pneumomycosis chronica », et le parasite « *zooglea pulmonalis equi* ».

Rivolta décrit, de 1879 à 1887, les tumeurs du cordon testiculaire du cheval, dues à un champignon voisin de l'*Actinomyces Bovi*, qu'il appelle d'abord *Discomycés Equi* et, plus tard, avec Bollinger, *Botryomyces*, désignant sous le nom de Botryomycose la maladie qu'il détermine.

Dès ce moment, on discute sur l'identité de ce parasite. Les uns (Hell, John, Leclainche, etc.), soutiennent sa spécificité; les autres (Kitt, etc.) l'assimilent au staphylocoque.

La question en était là quand, en 1897, parurent les premières observations de botryomycose humaine dues à deux auteurs hollandais, Faber et Ten Siethoff. Mais toujours est-il que la publication des auteurs hollandais ne fit pas grand tapage et qu'elle ne tint qu'une place minime dans les discussions qui suivirent. Cette même année, 1897, quelques mois après la publication des deux médecins hollandais, deux auteurs lyonnais, Poncet et Dor, présentèrent au Congrès de Chirurgie annuel, un rapport extrêmement documenté sur la ques-

tion, analysant quatre observations qui servent de base à leur travail. Voici leur conclusion :

— « Nous pouvons conclure que la botryomycose, si souvent observée chez le cheval, où elle a été connue de tout temps, sous le nom de champignon de castration, se rencontre également chez l'homme. »

La thèse de Chambon, soutenue quelques jours plus tard, n'en est que la confirmation et le développement. Ainsi, en 1897, sous l'influence de l'Ecole Lyonnaise, la botryomycose humaine prenait rang à côté de la botryomycose équine. Il s'agissait de la même affection voisine de l'actinomycose et causée par un parasite spécial, prenant dans les cultures l'aspect du staphylocoque, mais ayant dans les tissus la propriété de se fusionner pour former les grains jaunes.

Dès ce moment grande confusion, malgré quelques travaux et mémoires qui s'appliquent à mettre de l'ordre. Certains auteurs, en tête Sabrazés et Laubie maintiennent que le *Botryomyces* est un staphylocoque, et que la lésion humaine est une staphylococcie. Hartmann, en 1906, se rallie à cette opinion. D'autres s'en tiennent aux idées de Poncet et Dor et pensent que tumeur humaine et tumeur du cheval sont dues au *Botryomyces*, champignon spécifique, déterminant une prolifération glandulaire : tubes épидidymaires chez le cheval, glandes cutanées chez l'homme. Enfin quelques autres admettent qu'il s'agit de lésions causées par des amibes dont l'ancien *Botryomyces* n'est qu'un stade plastogamique. Cette conception est actuellement abandonnée. Puis les idées de Sabrazés et Laubie se con-

firmement. Allenet (Thèse de Lyon), conclut, en 1909, à deux formes anatomo-pathologiques : d'une part, le granulôme télangiectasique; d'autre part, le Botryomycome. Mais il ne tranche pas la question de Botryomyces. Les travaux de Magrou (1914), de Masson (1918), de Panisset (1912), finissent par entraîner la conviction qu'il existe deux sortes de lésions décrites sous le vocable de Botryomycome :

1° La Botryomycose vraie, due à un staphylocoque Botriococcus ascoformans, qui a la propriété de se grouper en grains jaunes; affection courante chez le cheval, très rare chez l'homme (observation récente de Martinowska, 1930).

2° Le pseudo-botryomycome, fréquent chez l'homme, et qui est un « bourgeon charnu », souvent organisé en angiome télangiectasique. Nous arrivons ainsi à l'importante thèse de Magrou sur « les grains Botryomycotiques » (thèse de Paris 1917), qui en même temps qu'elle élucide la nature de la botryomycose animale, marque, en effet, la séparation nette entre cette affection et la petite néoformation humaine qu'est le botryomycome. Il résulte des travaux de Magrou, que le problème si longtemps pendant de la botryomycose animale se trouve résolu : c'est une affection staphylococcique particulière caractérisée par la présence de grains jaunes qui traduisent un état spécial du microbe provocateur de la maladie.

Mais si la solution paraît satisfaisante pour la botryomycose animale, elle n'apporte aucun éclaircisse-

ment sur la pathogénie et la nature du botryomycome humain.

On n'attendit pas longtemps pour voir la théorie de Magrou trouver sa répercussion en pathologie humaine. Une observation de « plaie de guerre botryomycosique », par P. Masson (Janvier 1918), réalise ce passage. L'observation de Masson démontre de façon irréfutable l'existence de la botryomycose humaine, analogue à la botryomycose équine, et caractérisée, comme cette dernière, par la présence des grains jaunes staphylococciques.

Une nouvelle confirmation allait encore donner plus de poids à cette assertion : c'est la publication de Mac Junkins (1921) sur un cas de botryomycose pulmonaire chez un nourrisson de quatre mois atteint d'une affection pulmonaire. A l'autopsie on trouva des noyaux de broncho-pneumonie. Histologiquement, au niveau des nodules, formés par du tissu de granulation, il existait de nombreux grains botryomycosiques bien constitués et nettement caractérisés; à l'intérieur se voyaient des amas de cocci qui, à la culture, donnèrent des staphylocoques blancs.

Désormais, à la conception staphylococcique de la botryomycose équine, basée sur l'analyse minutieuse des grains jaunes, aucune critique sérieuse ne sera opposée. La question est tranchée.

Celle qui ne l'est pas concerne les botryomycomes humains, et c'est à élucider la nature de ces curieuses tumeurs et à marquer leurs rapports avec la botryomycose vraie que les auteurs suivants vont s'appliquer,

La thèse de Torlais (1922), la Revue Générale de L. Périn (1926), et la thèse de Pouzin (1927), apportent les précisions nécessaires. Voici la conclusion de Pouzin :

« Nous pouvons donc conclure qu'il existe chez l'animal une infection staphylococcique particulière susceptible de se rencontrer chez l'homme, appelée botryomycose et caractérisée par la présence dans les tissus pathologiques de grains jaunes, constitués par un amas de staphylocoques. Mais la petite néoformation humaine qualifiée de « botryomycome » a-t-elle un rapport quelconque avec cette staphylococcose? A notre avis il résulte des analyses que nous avons faites que, ni la clinique, ni l'anatomie pathologique, ni la bactériologie, et encore moins l'expérimentation, n'autorisent un pareil rapprochement ».

Étiologie

L'apparition de la néoplasie sur le trajet d'une piquûre, d'une plaie, d'un point de suppuration, paraît constante.

La cause première reste discutée; peut-être y a-t-il lieu d'attribuer cette exhubérance d'un bourgeon charnu à des conditions locales de tension artérielle; le fait serait de même ordre que pour certains angiomes tubéreux attribués par Downing et Malory à des traumatismes ayant amené une hypertension locale par communication artério-veineuse. Un travail de Laubie et Torlais (1928) montre le rôle des corps étrangers. Cajazza (1928), dans un important mémoire, repousse les conceptions purement tumorales et granulomateuses. Pour cet auteur, il s'agit d'une hyperplasie intermédiaire à ces deux derniers processus, et qui se développerait grâce à des facteurs irritatifs locaux intervenant sur un terrain prédisposé.

Fréquence :

Périn estime que la moyenne des cas observés dans un service de consultations à l'Hôpital Saint-Louis est d'environ cinq à six par an. Pouzin a réuni, de 1913

à 1927, huit cas originaux. C'est donc une maladie très rare, sinon exceptionnelle.

Age :

Le botryomycome se voit à tout âge. Mais c'est surtout chez l'adulte qu'on le rencontre le plus souvent. On l'observe le plus rarement chez le vieillard. Bien que Legroux ait soutenu que le botryomycome est inconnu chez l'enfant, Villemin, Broca, Mouchet, en ont observé plusieurs cas dans la première et la seconde enfance.

Sexe :

Compte tenu des différentes statistiques (Legroux, Lenormant, Pouzin), il semble que la fréquence soit sensiblement identique dans les deux sexes.

Professions :

Le rôle des professions est accessoire et elles n'interviennent que par la prédisposition qu'elles peuvent créer aux traumatismes légers de tout ordre.

Siège :

Il peut être n'importe quelle région du tégument. Mais étant donné l'influence des causes externes le botryomycome aura une prédilection pour les parties découvertes : la main et les doigts.

Parmi les muqueuses ce sont les muqueuses buccales qui sont le plus souvent atteintes : lèvres, commissures, plus rarement langue, voûte palatine.

Anatomie pathologique des Botryomycomes

L'anatomie pathologique des botryomycomes est dominée par les travaux de Torlais (1922), et Périn (1926).

Torlais, élève de Sabrazés, s'applique d'abord à préciser l'anatomie pathologique des botryomycomes. Il en distingue neuf catégories :

1° Angio-fibromatose, où se rangent les tumeurs ayant la structure angio-fibromateuse avec plus ou moins d'infiltration leucocytaire, polynucléés et lymphocytes. Le tissu fibreux qui les constitue présente un aspect radié du centre à la périphérie. Entre ces bandes fibreuses on voit de nombreux vaisseaux.

2° Angio-fibromatose infectée; mêmes caractères histologiques que précédemment avec, en plus, présence de nombreux microbes, souvent réunis en amas.

3° Fibro-adénose sudoripare, avec une structure d'angio-fibrome, mais, en plus, on trouve des éléments glandulaires.

4° Granulomatose à tendance fibreuse; tumeurs

formées de tissu conjonctif jeune avec nombreux vaisseaux souvent encore incomplètement formés. Infiltration marquée de polynucléés et de lymphocytes.

5° Bourgeons charnus fibro-muqueux télangiectasiques, lymphangiectasiques, et œdémateux.

6° Granulomatose avec lymphocytose locale très marquée,

où le tissu inflammatoire granulomateux affecte une disposition en traînées séparant les follicules pileux, les glandes sudoripares, les glandes sébacées, siège de phénomènes très marqués.

7° Botryomycome avec cellules géantes (forme sarcoïde).

Torlais groupe, sous cette dénomination, un cas de botryomycome, et deux cas de granulomes non tuberculeux, dans lesquels il trouva des cellules géantes.

8° Plasmomes.

Type de néoplasies inflammatoires des gencives ayant les caractères du botryomycome et constituées presque uniquement par des cellules plasmatiques.

9° Botryomycomes à forme pseudo-fibro-sarcomateuse.

« Ces tumeurs sont constituées par des cellules conjonctives avec figures de kariokinèse des plus nettes, par des vaisseaux nombreux, néoformés pour la plupart, et contenant beaucoup de polynucléés; avec cela plasmocytes, mastzellen et éosinophiles abondants. Enfin on y retrouve des cellules fusiformes groupées en îlots,

entourées par du tissu fibreux. Au centre de ces îlots, il y a souvent un vaisseau. Ces tumeurs peuvent bien être appelées pseudo-sarcômes inflammatoires »...

Ayant ainsi montré la diversité de structure des botryomycomes, Torlais essaie d'en dégager la signification : « les botryomycomes sont des modalités de granulomes, dont l'aspect clinique est le plus souvent typique, mais dont les caractères anatomo-pathologiques le sont moins... Les formes histologiques variables des bourgeons charnus inflammatoires à type botryomycomique sont, sans doute, en corrélation avec le siège qu'ils occupent. En tout cas les granulomes n'ont pas tendance à récidiver, ni à faire de métastases... »

En 1926, L. Périn fait une étude très complète du botryomycome qui peut être considérée comme une véritable mise au point de la question. Après un chapitre consacré à la description morphologique du botryomycome, Périn en précise les caractères histologiques et en établit le type anatomique sans distinguer de variétés multiples comme Torlais :

« A la coupe, la tumeur apparaît luisante et vernissée, sur la surface de section on aperçoit, à l'œil nu, des lacunes de nombre et d'étendue variables, réalisant un véritable aspect spongieux. La coupe est plus ou moins dure, suivant qu'il existe plus ou moins de tissu fibreux, et la consistance varie suivant les points, le tissu fibreux étant lui-même inégalement réparti. Du pédicule sort un stroma fibreux dense qui envoie des ramifications divergentes à l'intérieur de la tumeur; ces ramifications de densité variable se divisent irrégulièrement en ar-

borisations terminales, ou s'enchevêtrent en tourbillon jusqu'à la périphérie de la tumeur.

Histologiquement, le botryomycome présente la structure d'un bourgeon charnu angiomateux. Il est essentiellement constitué par deux ordres d'éléments :

1° Des dilatations vasculaires néoformées se présentant sous forme de lacunes arrondies ovalaires ou allongées, de dimensions variables, disséminées dans toute l'étendue de la tumeur. Elles sont tapissées d'une couche endothéliale et renferment souvent, à leur intérieur, des globules sanguins.

2° Un tissu cellulo-fibreux embryonnaire irrégulièrement réparti dans l'intervalle des vaisseaux. Il comprend lui-même deux variétés d'éléments :

a) des fibres conjonctives entrecroisées avec quelques cellules conjonctives et quelques rares fibres élastiques.

b) des cellules rondes, de nature inflammatoire, constituées par des plasmazellen, des mononucléaires et des polynucléaires à granulations neutrophiles, éosinophiles ou basophiles. Le tissu conjonctif réalise par places d'épaisses travées dans l'intervalle des vaisseaux. En d'autres points, les cellules inflammatoires prédominent, et les cavités vasculaires sont entourées d'une abondante prolifération leucocytaire où l'on trouve éparses quelques rares fibrilles conjonctives.

L'infiltration leucocytaire peut être telle qu'elle donne à la lésion l'apparence d'un véritable granulome, d'où le nom de granulome télangiectasique qui lui a été

attribué par Kuttner. La surface de la tumeur est recouverte dans sa totalité d'une couche fibrineuse épaisse renfermant des globules sanguins, des leucocytes et des cocci. Sous cette couche fibrineuse, le revêtement épidermique fait défaut, sauf en de rares cas où il est réduit à quelques assises de cellules, et dans le fond des scissures où il est, d'ordinaire, respecté dans sa totalité.

Le pédicule est constitué par un tissu fibreux, dense, disposé sous forme de tractus irréguliers, ou de tourbillons, dans l'intervalle desquels apparaissent quelques dilatations vasculaires. Il est généralement recouvert d'un épiderme aminci qui s'arrête au niveau de sa limite supérieure, et n'empiète que très légèrement sur la surface de la tumeur ».

En résumé, donc, le botryomycome se présente sous la forme d'une tumeur limitée ou la suppuration reste toujours superficielle, et dont la structure est celle d'un granulome télangiectasique; celle aussi d'un bourgeon charnu, volontiers richement vasculaire, susceptible d'offrir de nombreuses variantes; la présence de grains jaunes est exceptionnelle; l'évolution de la maladie reste constamment bénigne, et n'aboutit jamais à la propagation ganglionnaire, ni à la généralisation viscérale.

Étude clinique du Botryomycome

Le botryomycome se présente le plus souvent avec des caractères si nets que l'hésitation n'est pas permise, et le diagnostic est en général facile pour peu qu'on y pense. Cependant, dans quelques cas un peu spéciaux, son aspect est moins typique, sa physionomie clinique moins franche, si bien qu'il est indispensable d'envisager, à côté du type classique, quelques formes cliniques du botryomycome vraiment particulières.

Le botryomycome se développe en règle générale après une période latente d'incubation dont la durée peut atteindre deux à trois mois, et le point de départ est souvent oublié au moment où le botryomycome apparaît, à plus forte raison lorsqu'il peut être diagnostiqué. Nous avons vu déjà plus haut que ce point de départ était le plus souvent un traumatisme quelconque, une irritation locale du tégument, presque toujours bénins, quelquefois insignifiants et passant inaperçus.

La néoplasie se présente alors avec des caractères très particuliers qui permettent d'emblée de la reconnaître.

Caractères morphologiques du Botryomycome type

La forme ordinaire du botryomycome est celle d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois, nettement séparée des tissus environnants. Dans des cas très rares le botryomycome peut acquérir un développement beaucoup plus étendu; l'observation que nous publions plus loin et qui illustre cette thèse est tout à fait exceptionnelle à ce point de vue. Nous n'avons rien pu trouver de semblable, ni même d'approchant, dans tout ce qui a été rapporté sur la question jusqu'à ce jour.

Le botryomycome est presque toujours unique. exceptionnellement on en signale plusieurs sur un même sujet (Delore, Kuttner, Julliard, Dubreuil).

La tumeur a une forme arrondie, sphérique, parfois ovulaire, légèrement aplatie. Elle ressemble à une framboise ou à une mûre. Sa coloration est rouge vif, souvent violacée, lie de vin. Sa surface n'est pas lisse, mais mamelonnée, lobulée, sillonnée par des scissures peu profondes. Elle est recouverte d'un mince épithélium. Mais cela n'est vrai que si la tumeur n'est pas infectée. Rapidement, sous l'influence de chocs minimes, sa surface s'ulcère, d'où production d'hémorragies à répétition, provoquées par le moindre contact. Cette tendance hémorragique du botryomycome s'explique, ainsi que sa couleur habituelle, par sa richesse extraordinaire en cavités vasculaires.

Secondairement à ces ulcérations la tumeur s'infecte et devient le siège d'une sécrétion séropurulente peu abondante, ou l'examen direct montre l'existence

de polynucléaires et de cocci. La suppuration est toujours superficielle et respecte les parties profondes de la tumeur. Il est à noter en outre que la recherche des grains jaunes dans le pus reste le plus souvent négative. Le sang desséché et le pus se concrètent à la surface de la tumeur en croûtes noirâtres plus ou moins épaisses et plus ou moins conglomérées. Sur presque toute la surface l'épiderme a disparu. La tumeur est ferme, élastique et assez résistante; cette consistance spéciale est en cela très différente de la mollesse des bourgeons charnus en général, et de la dureté cartilagineuse des épithéliomas.

Enfin le caractère essentiel du botryomycome ordinaire est d'être relié au tégument par un pédicule fibreux, dont les dimensions sont variables suivant les cas, ce qui ne se produit pas dans la forme hypertrophique.

Quelle que soit l'apparence, jamais la tumeur ne déborde sur la peau environnante, pas plus qu'elle n'envahit les tissus périphériques. Elle reste toujours nettement indépendante et rigoureusement limitée.

Les ganglions lymphatiques sont généralement respectés, et il n'existe jamais d'adénopathies, sauf toutefois, comme on le comprend facilement, dans les cas d'infection secondaire au niveau d'un botryomycome ulcéré et suppurant. (Lenormant, Jacquet et Barré.)

Signes fonctionnels

La gêne fonctionnelle est la plus souvent minime :

a) L'*indolence* est absolue; il n'existe ni douleur spontanée, ni douleur à la pression. Mais au début la maladie s'annonce quelquefois par une sorte de prurit assez douloureux.

b) Les *hémorragies* constituent le seul symptôme gênant, d'autant plus que le moindre contact suffit à les provoquer. Ce sont des hémorragies de sang rouge se produisant en nappe. Habituellement passagères et bénignes, mais récidivantes, ces hémorragies affectent quelquefois, chez les femmes enceintes en particulier, une relative gravité. Leur répétition, leur durée, leur récurrence, la difficulté de les arrêter, les élèvent dans ces circonstances au rang de véritables complications.

Evolution

Après une phase d'accroissement plus ou moins rapide, une fois parvenu à son complet développement, le botryomycome reste stationnaire. Il n'a tendance ni à augmenter, ni à décroître. Il varie quelquefois un peu dans son volume, sous l'influence d'une poussée, mais le plus souvent son évolution n'est entrecoupée que par des accidents comme les hémorragies, ou l'infection secondaire. Ce caractère immuable du botryomycome constitue encore une de ses particularités les plus importantes. Contrairement à l'épithélioma qui a une évolution maligne, soit vers l'extension locale (variété tubulée), soit vers la généralisation ganglionnaire (variété lobulée), l'évolution du botryomycome est toujours bénigne. Il est inutile de souligner l'importance capitale

de ce caractère essentiel du botryomycome à tous points de vue, et particulièrement en ce qui concerne le pronostic. Ce sera celui d'une tumeur bénigne, quel qu'en soit le volume, comme nous le verrons à propos de notre observation, où il s'agit d'un botryomycome géant. L'examen histologique permet d'ailleurs de différencier facilement en cas de doute le botryomycome d'avec les autres lésions néoplasiques qui peuvent le similer.

La guérison spontanée a été observée. Elle peut être la conséquence de la nécrose de la tumeur, et Legroux estime que ce doit être là un mode de terminaison plus fréquent qu'on ne pense.

Formes Cliniques : Si, le plus souvent, les caractères que nous venons d'attribuer au botryomycome s'accusent et se groupent de manière à donner à la tumeur son aspect typique, il n'en est pas toujours ainsi. Nombreux sont les cas, en effet, où la lésion, n'offre plus cette présentation si nette que d'emblée elle impose le diagnostic. Celui de ces formes particulières est évidemment plus délicat. Il faut vraiment un œil exercé pour déceler la différence d'avec les autres néoplasies. Avec un peu de patience et d'attention on finit toujours par découvrir la pédiculisation, la croûte, les hémorragies. C'est cette constance des traits caractéristiques du botryomycome qui permet de le reconnaître toujours, quel que soit le masque qu'il emprunte, et quelle que soit la discrétion de ses signes particuliers. Voici les principales modalités cliniques qu'il est possible de relever :

Forme angiomateuse : La tumeur ressemble à pre-

nière vue à un véritable angiome tubéreux, de consistance molle, pseudo-érectile, de coloration lie de vin, violacée. Mais à l'analyse des lésions élémentaires, on retrouve tous les caractères du botryomycome. Une collerette épidermique sertissant la base de la tumeur annonce que celle-ci est pédiculée.

Forme verruqueuse : Cette forme se rapproche du type précédent, avec cette différence toutefois qu'au lieu de donner l'impression d'une tumeur érectile, elle ressemble davantage à une grosse verrue plantaire exhubérante, par exemple. Elle apparaît, en effet, dure et sèche, ayant souvent la forme d'une olive qu'on aurait coupée suivant son grand axe. Sa surface est recouverte d'une croûte épaisse, noirâtre, véritable carapace formée par les concrétions de la lésion. Cette carapace, facile à soulever, masque la tumeur qui au-dessous apparaît rouge-rosée, très charnue, plus sanieuse et plus hémorragique qu'on ne l'imaginerait au premier abord.

Forme papillomateuse : Ce qui caractérise ici la tumeur, c'est l'exhubérance charnue des bourgeons qui présentent comme de véritables clendrites. Ces papilles sont multiples, sortant de la peau comme d'une sorte d'orbite. Caractère important, le pédicule s'enfonce très profondément dans les téguments. L'hémorragie survient avec une facilité surprenante, à tel point que le moindre heurt suffit à la provoquer. La suppuration, quoique peu abondante, existe cependant. Il suffit pour

la mettre en évidence de la faire sourdre en exprimant légèrement les rebords de l'orbite cutanée.

Diagnostic Différentiel

Comme le remarque Legroux, il est bien certain que, dans sa forme typique, le botryomycome ne peut être confondu avec aucune autre lésion. Lorsqu'il constitue une tumeur bien extériorisée, ses signes lui sont, en effet, suffisamment personnels pour imposer l'évidence. Cependant, nous avons vu que, dans quelques cas, la lésion semblait s'écarter du type classique; aussi allons-nous passer en revue les différentes affections avec lesquelles le botryomycome est susceptible d'être confondu.

Epithéliomas :

Les épithéliomas localisés à la face dorsale des doigts, ce qui est plutôt rare, ou à la face dorsale du poignet ou de la main, pourraient à la rigueur être confondus avec un botryomycome. Mais l'évolution, l'implantation de la tumeur, son adhérence aux tissus sous-jacents, le bourrelet graisseux de ces épithéliomas tubéreux recouverts de leur croûte, qui, enlevée, laisse voir un fond sanieux et non hémorragique, lèvent le doute clinique. Ou bien, si l'épithélioma a une surface verruqueuse, sa croûte très adhérente au corps de la néoplasie résiste à l'arrachement et ne peut être enlevée sans douleur. Ce sont là des caractères bien différents de ceux que nous avons attribués aux botryo-

mycomes. Cependant Périn estime la confusion souvent possible entre l'épithélioma papillaire et le botryomycome; aussi s'applique-t-il à en préciser la dissemblance. Pour lui le diagnostic d'épithélioma papillaire repose sur les éléments suivants :

1. L'âge du malade : L'épithélioma s'observe presque exclusivement chez l'adulte et le vieillard, le botryomycome est une affection de tous les âges.

2. Le volume de la tumeur : Les dimensions de l'épithélioma sont indifféremment petites, moyennes, ou considérables. Une tumeur, d'après l'auteur, qui dépasse le volume d'une noix n'est pas un botryomycome, mais un cancer. Or contrairement à l'opinion de Périn, le botryomycome peut certainement atteindre des dimensions bien supérieures, comme le prouve irréfutablement notre observation; Pouzin aurait également traité un malade porteur d'un botryomycome de la main plus gros qu'une mandarine. Ce sont là encore une fois des cas exceptionnels, mais suffisants pour infirmer l'argument différentiel ayant trait au volume.

3. La consistance de la tumeur : elle est dure et ligneuse dans le cas de l'épithélioma; élastique et résistante dans celui du botryomycome.

4. L'absence de pédicule : l'épithélioma est parfois étranglé à sa base, mais ne possède pas, en général, de pédicule fibreux proprement dit. Ce dernier est au contraire, comme on l'a déjà vu, pathognomonique du botryomycome.

5. L'existence d'un bourrelet périphérique : Symp-

tôme capital de l'épithélioma. Tantôt il est épais, cartilagineux, reposant sur une base nettement indurée, tantôt il est réduit à un relief à peine accusé qu'il faut rechercher avec soin. Il se continue directement avec l'épiderme et circonscrit habituellement la base de la lésion. Parfois cependant il peut remonter plus ou moins haut sur la tumeur; celle-ci apparaît alors recouverte d'épiderme sur une hauteur variable, et émerge du bourrelet comme un véritable mamelon. Ces caractères manquent dans le botryomycome; le bourrelet y fait constamment défaut. De plus la base du botryomycome n'est pas indurée, et l'épiderme s'arrête toujours au niveau du pédicule, ou très peu au-dessus.

6. L'évolution de la tumeur : L'épithélioma a, dans la majorité des cas, une évolution maligne, soit vers l'extension locale (variété tubulée), soit vers la généralisation ganglionnaire (variété lobulée). Au contraire, nous l'avons déjà vu, l'évolution du botryomycome est constamment bénigne; la lésion, une fois constituée, reste à peu près stationnaire et ne s'accompagne pas d'adénopathie. C'est là un fait capital.

Malgré tout il peut se produire que dans des cas très difficiles et délicats, le diagnostic reste hésitant ou soit à confirmer; on aura alors recours à la biopsie et à l'examen histologique, qui lèveront tous les doutes.

Angiomes :

La confusion peut se produire entre un angiome et un botryomycome. Mais il est exceptionnel qu'un an-

giome soit tardif, vive en solitaire sans être accompagné d'autres nævi. Fait important, à moins que l'angiome n'ait été infecté secondairement, ce qui est exceptionnel, il ne présente pas de croûte. L'absence de croûte, de pédicule, et d'hémorragies, à moins de traumatisme important, la présence de satellites næviques, sont autant d'arguments en faveur de l'angiome.

Bourgeons charnus :

Jadis la discussion était ardente entre les auteurs qui confondaient le botryomycome avec les bourgeons charnus, et ceux qui les différenciaient soigneusement. Il semble bien pourtant qu'il s'agisse de néoformations nettement différentes. Les bourgeons charnus sont constitués par des végétations qui poussent sur les plaies de longue durée. Les conditions étiologiques ne sont donc pas celles du botryomycome qui croît généralement en tissu sain, à la suite d'une effraction souvent minime. Non pas que le botryomycome n'apparaisse jamais sur les plaies anciennes, mais ce n'est pas la règle. L'aspect du bourgeon charnu est bien différent de celui du botryomycome. Il croît de plain-pied, manque de collerette, et surtout ne possède pas cette croûte qui, enlevée, laisse voir une surface lisse et sanguinolente, spontanément capable de se recouvrir d'une pellicule. La consistance est mollassse; son pédicule est souvent mal individualisé. Enfin, le bourgeon charnu ne résiste pas aux caustiques habituels, alors que c'est là un caractère essentiel, reconnu depuis longtemps, du botryomycome.

Pyodermites végétantes : (d'après le Pr H. Gougerot.)

Les pyodermites végétantes sont caractérisées par des végétations roses ou rouges plus ou moins suintantes, croûteuses ou non. « Par transitions insensibles elles se relient au botryomycome, dont la nature a été si discutée, et qui semble bien staphylococcique. » (Leroux.) Ce botryomycome, qui peut siéger n'importe où, atteint surtout les doigts et le visage. Il est caractérisé par un bourgeon charnu végétant de cinq à quinze millimètres de diamètre, pédiculé à la base, sortant d'une ulcération dont le sépare un sillon séro-purulent.

Les pyodermites végétantes sont donc des dermatoses qui ont la même origine externe, le même agent pathogénique que le botryomycome; comme lui elles n'affectent en aucune façon l'état général, tout au plus il peut se produire une gêne fonctionnelle plus ou moins grande dans certaines localisations; l'apyrexie est toujours de règle dans les deux cas. Mais les pyodermites végétantes ont presque toujours comme lésion élémentaire une pustule, ce qui ne se produit pas pour le botryomycome; enfin ces dermatoses guérissent en général très bien par un traitement antiseptique simple, tandis que le botryomycome demande une intervention chirurgicale. Histologiquement on se trouve en présence d'un processus pustuleux, avec des micro-abcès du type sycosis.

En pratique, très souvent, les différences entre les deux lésions sont si minimes, et le diagnostic de botryomycome d'avec les pyodermites végétantes est si déli-

cat, que seule une biopsie pourra trancher la question.

Sarcomes :

Les difficultés de diagnostic, qu'on rencontrera en présence de tumeurs malignes conjonctives peuvent être et sont très souvent considérables.

Les sarcomes sont des tumeurs produites par la prolifération anarchique des cellules du tissu conjonctif et de ses dérivés. Ils sont formés de cellules conjonctives plus ou moins atypiques.

S'il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire solitaire de dimensions importantes, évoluant depuis longtemps, et non encore ulcéré, ou à peine ulcéré, le diagnostic ne sera pas très difficile. Il n'y a pour ainsi dire pas d'autres tumeurs qui puissent atteindre de pareilles dimensions, et revêtir ce caractère semi-inflammatoire sans s'ulcérer profondément, et qui, d'autre part, laissent les ganglions indemnes. Seul le botryomycome, dans sa forme végétante hypertrophique, comme celle qui fait l'objet de notre observation, pourra rendre le diagnostic difficile.

Ce diagnostic reste encore facile en cas de *fibrosarcome*; l'aspect, la localisation, sont assez caractéristiques. Si la tumeur est ulcérée et à bords évasés, on pensera naturellement d'abord à un épithélioma, tumeur beaucoup plus fréquente; mais les épithéliomas capables d'atteindre de pareilles dimensions sans prendre les ganglions, se voient d'ordinaire au milieu d'éruptions étendues d'autres lésions, facilement recon-

naissables. La dureté des bords aura aussi une grande valeur diagnostique.

Enfin l'évolution du sarcome est presque toujours maligne, tandis que celle du botryomycome est constamment bénigne. Là encore la biopsie seule donnera la solution du problème.

Dans le cas de sarcomes *globo-cellulaires*, où le nombre des tumeurs contraste avec l'unicité du botryomycome, on pensera plutôt aux chéloïdes, aux gommés de différentes natures, aux cancers secondaires.

Devant un sarcome à cellules polymorphes à ses débuts et à tumeur unique, on pourra penser d'abord au botryomycome, mais l'examen histologique fournira seul le moyen d'arriver à une certitude.

En résumé, comme pour les pyodermites végétantes, on voit que le diagnostic du botryomycome d'avec les sarcomes peut être très difficile, surtout lorsqu'il s'agit d'une forme hypertrophique, heureusement rare; presque toujours il faudra donner la parole au laboratoire, et nous reviendrons sur cette question dans notre conclusion en raison de l'importance du diagnostic, en vue du pronostic et du traitement.

Thérapeutique

Les premiers essais de traitement du botryomycome chez l'homme n'ont pas correspondu à la conception qu'on se faisait alors de la maladie. Poncet et Dor préférèrent, en effet, au traitement ioduré préconisé par Thaurassen, et spécifique des mycoses, l'ablation chirurgicale pure et simple. Ainsi, d'emblée, l'excision de la tumeur devint le procédé de choix adopté et conseillé par la plupart des auteurs. Ce n'est que récemment que sont apparues des méthodes nouvelles de traitement; plusieurs sont à envisager, défendues naturellement par leurs auteurs. Nous allons impartialement décrire chaque méthode, en laissant au praticien le soin de choisir le traitement qu'il jugera être le meilleur, soit pour des raisons personnelles, soit pour obéir aux conditions que diverses circonstances peuvent parfois imposer. Toutefois nous laisserons volontairement de côté les différentes techniques décrites par les auteurs, qui nous entraîneraient trop loin et dépasseraient le cadre de cet ouvrage.

Voici donc les différents et principaux traitements qui vont faire l'objet de notre exposé :

1. Exérèse chirurgicale.

2. Cautérisation par agents chimiques. Ignipuncture. Electro-coagulation.
3. Curiethérapie.
4. Ultra-violets.
5. Radiothérapie (préconisée par Dubreuil).
6. Arsénothérapie (Pouzin, Thèse 1927).

L'Exérèse chirurgicale :

De tous les procédés de traitement du botryomycome, le plus simple comme le plus ancien est l'excision de la tumeur, et on doit reconnaître pour commencer que les diverses techniques qui la réalisent donnent, en général, d'excellents résultats. Elle peut être pratiquée au bistouri ou aux ciseaux, suivant la commodité. L'anesthésie par la cocaïne (ou la novocaïne), locale ou régionale, facilite grandement l'opération. Il est exceptionnel qu'on soit obligé de recourir à l'anesthésie générale. On pratique d'ordinaire l'extirpation d'un petit fragment losangique ou cunéiforme, suivant le cas, des tissus entourant le pédicule, et on réunit la plaie opératoire par un ou plusieurs points de suture. La cicatrisation s'obtient en général en quelques jours. Pourtant il est nécessaire d'insister sur un point capital : il faut avoir soin d'enlever avec la tumeur la totalité du pédicule. Sans cette précaution la récurrence est fatale. Souvent il faut aller profondément pour enlever dans sa totalité cette racine plongeante du botryomycome.

D'autre part l'excision présente parfois des incon-

vénients, tels que la localisation, ou le type inaccoutumé de la tumeur. Le botryomycome de la langue, de la lèvre, de la région péri-unguéale, entre autres, ne sont pas toujours faciles à extirper. Dans le cas de botryomycomes volumineux, heureusement exceptionnels, comme celui que nous avons observé, l'excérèse correcte entraîne quelquefois malgré tout des délabrements assez considérables. Mais dans ce cas spécial on n'a guère le choix du traitement, la chirurgie permet seule de réaliser une guérison radicale, rapide et définitive. D'ailleurs, dans le cas particulier, la lésion siégeait à la jambe, et son ablation chirurgicale ne présentait aucun inconvénient.

Les Cautérisations par des agents chimiques :

Ces cautérisations par des agents chimiques, essayées par beaucoup de médecins en pratique courante, ne sont pas à conseiller. Elles ne parviennent en effet presque jamais à détruire suffisamment le pédicule de la tumeur, et celle-ci récidive invariablement. Bien plus, on a souvent signalé, comme un caractère spécial au botryomycome, le différenciant des bourgeons charnus ordinaires, cette résistance particulière aux diverses cautérisations chimiques qu'on lui fait subir, et même parfois l'exacerbation des phénomènes après l'application des topiques. Cet échec des agents chimiques sur le botryomycome est facile à comprendre, lorsqu'on a présenté à l'esprit la notion du pédicule qui explique, dans une large mesure, la survie profonde de la tumeur, et par

suite sa récurrence inévitable; le bourgeon charnu, au contraire, ne possédant pas cette réserve protégée de vitalité, ne résiste pas et subit une destruction totale et définitive. Par conséquent, en ce qui concerne le botryomycome, le nitrate d'argent, les acides chromique et salicylique, l'application des pommades ou de caustiques divers, seront donc laissés de côté comme inopérants et même nocifs.

L'Ignipuncture, L'Electro-Coagulation :

Ces méthodes de traitement, qui sont en somme des applications d'agents physiques, ont au contraire donné sur le botryomycome des résultats satisfaisants dans la moyenne des cas, au double point de vue de la guérison et de la suppression des récurrences. En ce qui concerne le thermo-cautère il faut se méfier d'une action trop superficiellement localisée, qui ne donnerait pas les résultats attendus. Le galvano-cautère a été employé avec succès par Jacquet et Barré. L'ignipuncture est un procédé intéressant parce qu'il est à la portée de tout médecin praticien, et qu'il n'exige ni technique compliquée, ni installation spéciale.

Enfin l'électro-coagulation, qui n'est autre qu'une des expressions modernes et scientifiques de la chirurgie, ne pourra que donner de bons résultats par sa rapidité d'action, sa facilité de pénétration, et la qualité de son hémostase. L'extirpation sera donc totale et la guérison définitive. Il faut noter toutefois pour ce dernier procédé, comme pour l'ignipuncture, une cicatrisation beaucoup

plus lente que pour l'ablation chirurgicale normale, et qui sera à surveiller. Enfin, là encore, quelle que soit la méthode choisie, il y a intérêt à agir le plus tôt possible pour garder le maximum de chances de succès.

La Curiethérapie :

La morphologie la plus fréquente du bourgeon charnu a conduit tout naturellement le chirurgien à s'opposer à son développement en le sectionnant à sa base souvent étroite. Mais d'après le docteur Degrais, cette ablation dans bien des cas s'est montrée insuffisante, puisqu'il a fallu enregistrer des récurrences, et celles-ci sont d'autant plus à craindre que la base présente un caractère sénile. « Deux interventions chirurgicales furent suivies de récurrences » (Degrais).

Se basant sur ces arguments personnels, l'auteur préconise et applique la curiethérapie qui, d'après lui, peut donner des résultats remarquables; sur trente-deux malades traités, il aurait, en effet, obtenu trente-deux succès. « Aucune réaction ne s'ensuit, et jamais nous n'avons eu à constater de récurrences » (Degrais).

Toujours selon l'auteur, la curiethérapie du bourgeon charnu (ou du botryomycome), exempte de risques, est sans douleur dans son application, et certaine dans ses résultats.

Les rayons ultra-violets :

Les docteurs Cioatte et Pierre Charpy, s'élèvent

également contre l'exérèse chirurgicale, et ils envisagent le traitement par les rayons ultra-violets, en en décrivant la technique. Nous n'insisterons pas davantage sur cette méthode, que nous nous bornons à citer à titre de documentation, mais qui n'est guère utilisée en pratique.

La Radiothérapie :

Les premières tentatives de traitement par les rayons X, en ce qui concerne le botryomycome, sont dues à Eberlein (de Berlin). Cet auteur a pu obtenir une diminution de vitalité du parasite (?) de la botryomycose, par des expositions aux rayons X, à des doses thérapeutiques ordinaires. En France, c'est surtout le professeur Dubreuil, de Bordeaux, qui a préconisé l'emploi des rayons X dans le traitement du botryomycome. Torlais, comparant cette thérapeutique au traitement chirurgical, et aux cautérisations diversement employées, la considère comme de beaucoup la plus simple et la plus efficace. Mais lorsqu'il s'agit de botryomycome adulte, ayant acquis une constitution stable, et chez lequel le tissu fibreux domine, les résultats seront moins bons que si la tumeur était traitée au début, quand le botryomycome est encore constitué par des éléments jeunes, incomplètement différenciés. Comme pour les tumeurs malignes, l'activité et l'efficacité des rayons X sont toujours en fonction de l'âge des cellules néoformées; plus celles-ci sont jeunes, plus elles seront fragiles, et plus les rayons X auront de chances de les détruire définitivement. Il y a donc tout intérêt à ne pas

attendre trop longtemps lorsqu'on veut réussir à traiter efficacement un botryomycome par la radiothérapie, bien que son pronostic n'ait évidemment rien à voir avec celui d'une tumeur maligne. Pourtant, si on a affaire à un botryomycome ancien ou volumineux, la radiothérapie devra incontestablement céder la place à la chirurgie.

Ainsi, tout en recommandant la radiothérapie, Torlais fait des réserves sur des échecs possibles, soit en raison de l'âge de la tumeur, soit en raison du peu de sensibilité aux rayons de ses éléments constitutifs. L'application de ce traitement se trouve donc limité en pratique à des cas relativement restreints et bien définis.

L'Arsénothérapie :

Cette méthode a été préconisée et défendue par Pouzin, dans sa thèse : « Du botryomycome et de son traitement par les injections intra-veineuses de novarsénobenzol » (Paris 1927). Nous ne ferons que citer, pour mémoire, les avantages que présente la méthode, d'après l'auteur : L'injection intra-veineuse de 914 n'est pas plus à redouter à cette faible dose (0 gr. 30) que l'intervention chirurgicale, excellente en soi, et difficilement praticable par le médecin praticien, en raison de la délicatesse de sa technique. Au contraire l'arsénothérapie fait partie de l'arsenal thérapeutique habituel, et des procédés opératoires courants dans la pratique médicale de tous les jours.

Observations

Observation I

Cette observation portant sur un cas de botryomycome géant, qu'a bien voulu nous communiquer avec une grande obligeance M. le docteur Sézary, médecin de l'Hôpital Saint-Louis, est d'une exceptionnelle rareté. Il s'agit d'un botryomycome de grande taille qui s'est développé sur un ulcère variqueux de la jambe :

— Mme B..., âgée de soixante et un ans, entre le 21 août 1938, salle Ducastel, lit N° 2.

La malade entre dans le service pour une tumeur de la jambe gauche. Depuis trente ans environ, cette malade présente au tiers inférieur de la jambe gauche un ulcère variqueux, ulcère passant par des phases de cicatrisation et de récédive.

Au mois de juin dernier, alors que l'ulcère est presque complètement cicatrisé, la malade constate une petite tumeur de la grosseur d'une cerise, qui se développe sur la surface non cicatrisée de l'ulcère. Dans les semaines suivantes cette grosseur augmente rapidement,

mais sans aucune douleur. Elle passe très vite du volume d'une cerise à celui d'une noix. Puis elle atteint ses dimensions actuelles au mois d'août.

Examen :

Au tiers inférieur de la jambe gauche il existe une tumeur. Cette tumeur siège sur la face antéro-interne, près de la crête tibiale, sur son quart inférieur. Ses dimensions sont les suivantes : longueur 11 cm., largeur 5 cm. (dans la plus grande largeur), hauteur 4 cm. Périforme, à grosse extrémité inférieure, elle constitue une masse volumineuse, bombant surtout à sa partie inférieure. A sa plus grosse extrémité elle déborde le plan cutané de la jambe de 4 centimètres.

Elle est de couleur rouge, chair musculaire. Certains jours elle est recouverte sur toute sa surface d'un exsudat jaune grisâtre.

La surface, dans l'ensemble, est assez régulière, elle pourrait même sembler vernissée. Mais en réalité, l'examen rapproché permet de distinguer, surtout en bas, de multiples bourgeons charnus accolés les uns aux autres.

La tumeur est bien limitée; elle est comme sertie dans la peau, dont elle semble émerger. Le rebord cutané qui la limite est assez épais, de teinte rosée, pâle. Il se prolonge sur la tumeur par une fine ligne d'épidermisation.

La tumeur est ferme au palper, sans être d'une dureté ligneuse. Le palper n'est pas douloureux, il ne fait pas saigner. Seule l'application de nitrate d'argent provoque une petite hémorragie, diffuse, en nappe, mais peu abondante.

La peau qui entoure la tumeur a l'aspect de la dermatite ocre pigmentaire. Elle est parsemée de nombreuses varicosités. Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré. Les téguments autour de la tumeur sont rigides, ont perdu leur souplesse. L'ensemble tumeur-téguments n'est pas mobilisable sur les plans profonds. Hypoesthésie au tact et à la piquûre dans la zone péritumorale.

Il existe de nombreux ganglions cruraux, fermes, mais ni durs, ni douloureux. Ces ganglions sont du même type des deux côtés; ils sont plus nombreux à gauche, et de ce côté il y a un ganglion inguinal.

La marche est assez peu entravée, il y a cependant une diminution notable de l'extension et de la flexion du pied.

A la jambe droite on voit la cicatrice d'un ulcère variqueux ancien. Sur les cuisses des deux côtés, et la partie supérieure des jambes, des varices sont nettement visibles.

Examen Général :

Obésité qui semble s'être développée à la ménopause.

Cœur : auscultation normale.

Tension artérielle : 16-9.

Poumons : rien à signaler.

Système nerveux : Réflexes normaux; pas de signe d'Argyll-Robertson.

Foie : de dimensions normales.

Rate : ni palpable, ni percutable.

Urines : Albumine = 0.

Sucre = 0.

Dosage d'Urée : 0 gr. 34.

B. W. : négatif.

Antécédents : Rien de particulier. 6 enfants, pas de fausse-couche.

Radiographie de la jambe gauche : épaissement des os de la jambe, surtout périoste, aspect qui est celui que l'on voit dans les inflammations chroniques tégumentaires de la jambe.

Biopsie : Bourgeons charnus avec polynucléaires en surface.

Une photographie et un moulage ont été pris de la lésion (déposé au Musée de l'Hôpital Saint-Louis).

Le 19 octobre 1938, intervention chirurgicale (par le docteur Ducourtioux).

Les suites ont été normales, et la cicatrisation semble devoir s'opérer dans des conditions très satisfaisantes.

— Cette observation a fait l'objet d'une communication à la Société de Dermatologie de Paris (janvier 1939).

Observation II

En raison de la rareté des observations concernant des botryomycomes volumineux, nous croyons intéressant d'exposer la suivante où il est question d'un botryo-

mycome de la lèvre dont les proportions sont nettement supérieures à la normale. Elle est due à MM. Nicolas, Rousset et Lavabre. (*Bul. Soc. française de Derm. et Syph.* (Réunion Dermat. Lyon), juil. 37, p. 1.143.)

« La malade vient à la consultation pour une tuméfaction siégeant en dehors et au-dessous de la commissure labiale droite. Les circonstances d'apparition ont tout d'abord retenu notre attention. Cette malade, qui habite la campagne, a été en contact avec des agneaux qui, dit-elle, auraient présenté des lésions analogues. En réalité, en poussant l'interrogatoire, on apprend que les lésions de ces animaux étaient superficielles et n'ont jamais présenté le caractère végétant. Son affection a débuté il y a deux semaines. Il est impossible de savoir si elle a été précédée par une érosion cutanée. Actuellement, il s'agit d'une tumeur de la dimension d'une petite noix; elle est rouge violacée et croûteuse par place, saigne facilement au contact. Sa base est légèrement infiltrée, mais non indurée. On trouve un petit ganglion à l'angle de la mâchoire. En présence de la lésion que présente cette malade au niveau de la lèvre, nous nous sommes d'abord demandé s'il ne s'agissait pas d'une lésion d'origine mycosique, étant donné l'étiologie invoquée par la malade. En réalité la recherche des champignons fut négative. L'absence de base indurée et le peu d'importance de l'adénopathie nous firent également éliminer l'hypothèse d'un cancer aigu. Il s'agissait en réalité d'un botryomycome assez volumineux, et une biopsie ayant été pratiquée confirma ce diagnostic. »

Conclusion

I. — Nous insisterons sur le trait le plus original de notre observation du botryomycome : son volume. Le volume de cette tumeur ne dépasse habituellement jamais celui d'une lentille ou d'un pois; il atteint dans notre cas celui d'une poire. Ce fait est quasi extraordinaire, et nous n'avons pas rencontré un seul cas semblable dans la littérature médicale. La lésion avait la structure classique d'un granulome télangiectasique.

II. — Nous croyons nécessaire d'envisager la possibilité d'une confusion de cette forme géante du botryomycome avec un épithélioma, une pyodermite végétante, ou un sarcome. Le diagnostic différentiel doit être fait avec précision; la biopsie tranche en dernier ressort.

III. — La thérapeutique est indiscutablement l'exérèse chirurgicale pure et simple.

Vu, le Doyen :

TIFFENEAU.

Vu, le Président :

GOUGEROT

*Vu et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :*

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Allenet. — *Botryomycome humain* (étude clinique et anatomo-pathologique), Thèse de Lyon, janvier 1909.
- Bennette. — *De la botryomycose humaine* (Munich, Med. Wochensd., 7 août 1906).
- Carrière et Potet. — *Le Botryomycome* (Presse médicale, N° 40, du 17 mai 1902).
- Civette et Charpy. — *Botryomycome de la lèvre guéri par UV.* (Société de Dermatologie, 9 juin 1921).
- Dor. — *Anatomie pathologique comparée de la Botryomycose humaine et équine* (communication au Congrès de Chirurgie, 1898).
- Dubreuil. — *Botryomycome unguéal traité par la radiothérapie* (communication à la Société de Dermatologie, séance du 8 décembre 1921).
- Etienne et Annes. — Rapportent une observation de Botryomycome avec photo.
- Ferrand. — *Une observation de Botryomycome du doigt* (Gazette des Hôpitaux, 17 novembre 1903).

Pr. H. Gougerot. — *Dermatose microbienne par cocci à prédominance cutanée* (Encyclopédie Médico-chirurgicale, fasc. 12.033, page 5).

Gallois. — *Sur le traitement du Botryomycome* (communication à la société de thérapeutique, séance du 23 février 1905).

Guin et Pouzin. — *Traitement du Botryomycome par les injections intra-veineuses de Novarsenobenzol* (Revue de Dermatologie et de Venerologie, N° 6, juin 1926).

Horez. — *Contribution à l'étude des botryomycomes buccaux* (Thèse de Paris, oct. 1924).

Kuttner. — *Ueber telangiectalische granulome* (1905-1906).

K. Wolke. — *Telangiectalic granuloma and its therapy* (Acta radiol. 1936).

Lavergne et Michon. — *Etude d'un cas de botryomycome* (Réunion de Dermatologie de Nancy, séance du 26 janvier 1927):

Letulle. — *La Botryomycose* (Société de Biologie, 15 février 1908).

Lobo J. — *True botryomycosis* (Revue Médicale de Pernambouc), mars 1935.

Magrou. — *Les grains botryomycotiques* (Thèse de Paris, 1914).

Nicolas et Rousset. — *Bulletin de la Société Française*

de *Dermatologie et Syphiligraphie* (Réunion Dermat., Lyon) juil. 37, p. 1143.

Noury. — *Contribution à l'étude des tumeurs botryomycomes de la lèvre chez l'homme* (Thèse de Bordeaux, novembre 1903).

Périn. — *Le Botryomycome chez l'homme* (Revue française de Dermatologie et de Vénérologie, N° 4, avril 1926).

Pouzin. — *Du Botryomycome et de son traitement par les injections I. V. de Novarsénobenzol* (Thèse de Paris, 1927).

Rubells. — *Review of recent littérature on botryomycosis* (Rev Med. circ. Brasil) fébr.-mar. 1937.

Torlais. — *La Botryomycose chez l'homme et chez les animaux. Contribution à l'étude des granulomas.* (Archives françaises de pathologie générale et expérimentale et d'anatomie pathologique (1922, fasc. 3).

Vincent. — *Du Botryomycome* (Thèse de Bordeaux 1912).

Société d'Editions et d'Imprimeries

J. Peyronnet et Cie, Editeurs

7, Rue de Valois, Paris
